FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

N° .....

1025

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MONIOD Philippe

Né le 9 février 1930 à Rabat (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 1960

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACCOUCHEMENT DANS UN UTÉRUS ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉ

D'après les statistiques des dix dernières années de la Maternité de l'Hôpital LARIBOISIÈRE à Paris

Président : Monsieur le Professeur M. LACOMME

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960 N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

M O N I O D Philippe

Né le 9 février, 1930, à Rabat (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 1960

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT DANS UN UTERUS ANTERIEUREMENT CESARISE

(D'aprés les statistiques des dix dernières années de la maternité de l'hôpital Lariboisière à Paris).

Président : Monsieur le Professeur M. LACOMME

1220/62

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.) MORLAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR-VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.) TANON (L.).

DOYEN .....Léon BINET.
Membre de l'institut
ASSESSEUR .....Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie .....CORDIER (G.)
" (Prof. à titre personnel).....DELMAS (A.)
Anatomie pathologique .....DELARUE (J.)
Anesthésiologie .....BAUMANN (J.)
Bactériologie .....FRASQUELLE (R.)
Biochimie médicale .....JAYLE (M.F.)
" " (Prof. à titre personnel) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports .....CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale .....FAUVERT (R.)
" " (Prof. à titre personnel) BOURLIERE (F.)
Cancerologie médicale et sociale .....BERNARD (J.)
Clinique carcinologiquechirurgicale (Inst. G. Roussy) REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) .....MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon .....SICARD (A.)
) Cochin .....QUENU (J.)
(Hotel-Dieu .....PATEL (J.)
) Saint-Antoine ..GOSSET (J.)
) SAlpêtrière .....MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades). FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) .....MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .....GAUDART-D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Läênnec) .....MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) .....DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-malades) .....LAMY (M.)
Clinique Gynécologique (BRoca) .....FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanéeset syphilitiques (St. Louis).....DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-malades).....CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .....MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de
l'encéphale (Ste-Anne)....DELAY (J.),
Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système
nerveux (Salpétrière).....ALAJOUANINE (T.)
(Boucicaut.....LENEGRE (J.)
)Broussais.....SOULIE (P.)
(Cochin.....JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales .(Hotel-Dieu .....BARIETY (M.)
)Pitié.....DREYFUS (G.)
(St-Antoine .....KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeu-
tique etclimatologie (Bichat) .....DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique
(BROUSSAIS).....GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré
et des maladies de la nutrition
(Hotel-Dieu).....DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .....DAVID (M.)
(Baudelocque ..LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales ...)Foch (Sure.nes)MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique
(Port-Royal) .....VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hotel-Dieu) ....RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique
(Lariboisière) ..AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et depuériculture
(St-Vincent-de-Paul) .....LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale
(Enfants-Malades) .....MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Läënnec).BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile
(Salpétrière).....MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et
sociale (Cochin) .....COSTE (F.)
Clinique de stomatologie (Pitié) .....DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale
(Vaugirard) .....SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale
(St-Antoine) .....LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin) .....FEY (B.)
Embryologie .....GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la
chirurgie (Lariboisière) ..SEZE (S.de)
Histologie .....VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première
enfance (Trousseau) .....TURPIN (R.)
HYgiène et médecine préventive .....JOANNON (P.)
— — PRof^r. à titre
personnel .....DEPARIS (M.)
Médecine du travail .....DESOILLE (H.)
Médecine légale .....PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie .....GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale .....COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique .....LAVIER (G.)

Pathologie experimentale et comparée .....MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale .....MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales ....GARCIN (R.)
Pharmacologie .....CHEYMOL (J.)
" Prof^r à titre personnel ...LEVY (Melle J.)
Physiologie .....BINET (L.)
" Prof^r à titre personnel ...BARGETON (D.)
Physique médicale .....DOGNON (A.)
" " Prof^r à titre personnel ...DJOURNO (A.)
Radiologie médicale .....DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et.....
chirurgie experimentale ...LEGER (L.)
Thérapeutique .....BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES ET AGREGES

M.M.
Anatomie .....(CABROL (C.)
)
(OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique ....;(GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
)Pr. s. ch.
(BUSSER (F.)
)GOUYGOU (Ch.)
(ORCEL (L.)
)PAILLAS (J.)
Anesthésiologie .....VOURC'H (G.)
Bactériologie.....(NEVOT (A.) Pr. s. ch.
)BARBIER (P.)
(CHRISTOL (D.)
)TOURNIER (P.)
Biochimie médicale .....(DESGREZ (P.)Pr.s.ch.
POLONOSKI (J.) m.conf.
Biologie appliquée à l'éducation
physique et aux sports .....PLAS (F.)
Carcinologie .....(DENOIX (P.)
)MATHE (G.)

Dermato-syphiligraphie.....DUPERRA (B.)
Electro-radiologie .....LEDOUX-LEBARD (G.)
Embriologie .....TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)Pr.s.ch.
Hématologie .....(BILSKI-PASQUIER (H.)
)DAUSSET (J.)
Histologie .....(COUJARD (R.)
)MAROIS (M.)
(RACADOT (J.)
Hydrologie .....CORNET (A.)
Hygiène .....(BOYER (J.) Pr.s.ch.
)CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses .....(BASTIN (R.)
)DUPONT (V.)

Pathologie expérimentale et comparée .....[illegible] (P.-P.)
Pathologie médicale .....[illegible] (P.)
Pathologie et thérapeutique générales ....[illegible] (R.)
Pharmacologie .....[illegible] (J.)
" Prof^r à titre personnel ...[illegible] (Melle J.)
Physiologie .....[illegible] (L.)
" Prof^r à titre personnel ...[illegible] (D.)
Physique médicale .....[illegible] (A.)
" " Prof^r à titre personnel ...[illegible] (A.)
Radiologie médicale .....[illegible] (H.)
Technique chirurgicale et.....
chirurgie expérimentale ...[illegible] (L.)
Thérapeutique .....[illegible] (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES ET AGREGES

M.L.

Anatomie .....[illegible] (G.)

[illegible] (G.)

Anatomie pathologique .....[illegible] (Melle P.)
[illegible] Pr. s. ch.
[illegible] (F.)
[illegible] (Ch.)
[illegible] (L.)
[illegible] (J.)
Anesthésiologie .....[illegible] (G.)
Bactériologie.....[illegible] (A.) Pr. s. ch.
[illegible] (F.)
[illegible] (D.)
[illegible] (R.)
Biochimie médicale .....[illegible] (P.) Pr. s. ch.
[illegible] (J.) m. conf.
Biologie appliquée à l'éducation
physique et aux sports .....[illegible] (F.)
Carcinologie .....[illegible] (F.)
[illegible] (G.)

Dermato-syphiligraphie.....[illegible] (R.)
Electro-radiologie .....[illegible] (G.)
Embriologie .....[illegible] (H.) Pr. s. ch.
Hématologie .....[illegible] (H.)
[illegible] (J.)
Histologie .....[illegible] (R.)
[illegible] (M.)
[illegible] (J.)
Hydrologie .....[illegible] (A.)
Hygiène .....[illegible] (J.) Pr. s. ch.
[illegible] (Mme L.)
Maladies infectieuses .....[illegible] (R.)
[illegible] (V.)

	M.M.
Médecine légale	DEROBERT (L.), Pr. s. ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LOIRIER (G.)
OBSTETRIQUE	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEA (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), Pr. s. ch.
	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LAURENCE (G.) agr. per.
	LORTAT-JACOB (J.L.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LOEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)

M.M.

Pathologie médicale .....BUGE (A.)
CASTAIGNE (P.), m. conf.
CATINAT (J.)
CONTAMIN
COURY (C.)
FREZAL (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHE (Cl.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.)
NICK (J.)
PEQUIGNOT (H.), m. conf.
ROYER (P.)
WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture .....(JOSEPH (R.)
(MANDE (R.)
(MOZZICONACCI (P.)
(POLONOVSKI (C.)

Pharmacologie (ROSSIER (A.)

Pharmacologie .....BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie .....PARROT (J.),pr. s. ch.
DEJOURS (P.)

Physique médicale .....GOUGEROT (L.),m.conf.pr. s. ch.
KELLERSHOHN

Pneumo-phtisiologie .....KREIS (B.)

Psychiatrie .....PICHOT (P.)

Psychiatrie infantile .....DUCHE (D.)

Rhumatologie .....DELBARRE (F.)

Stomatologie .....(CERNEA (P.)
(CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
(GRELLET (M.)

Thérapeutique .....CHASSAGNE (P.)
LAMOTTE (M.)

Urologie .....QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

M.M.

Anatomie .....DEBEYRE

Clinique chirurgicale .....ABOULKER (P.)
AMELINE (A.),pr. s. ch.
HUGUIER (J.)
OLIVIER (C.)
PADOVANI (P.)
POILLEUX (F.)
ROUX (M.)
VERNE (J.M.)

Clinique médicale .....BOUDIN (G.)
CONTE (M.)
DOMART (A.)
PERRAULT (M.)
RAMBERT (P.)
THIEFFRY (S.)

	M.M.
Clinique médicale	TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. -PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.),Pr. s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.),Pr. à T; Pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.),Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculte ..	M. LENA (J.)
Secretaires	Mme BEURLAND (H.)
	Mlle CHAINTREUIL (G.)
	Mlle HURE (A.)
Conservateur en chef	M. le Docteur HANN (A.)
Conservateurs	Melle DUMAITRE (P.)
	GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.)
	Mme FORGET (F.)
	MlleLAURENT (H.)
	Mlle LE NOIR (G.)
	Mlle QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

- A mon Père (in mémoriam)

- A ma Mère,

  en témoignage d'affectueuse et profonde reconnaissance,

- A ma Femme,

- A mes Enfants,

- A mes Beaux-Parents,

- A mes Frères et Soeurs, Beaux-Frères et Belles-Soeurs,

- A toute ma Famille,

- A tous mes Amis.

A Monsieur le Professeur M. LACOMME

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et à qui nous exprimons notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur J. RAVINA

qui nous suggéra le sujet de cette thèse et nous guida dans ce travail avec une grande bienveillance. Nous lui exprimons notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître le Docteur J. MARMEY

Il nous éveilla à l'art obstétrical et nous lui devons notre reconnaissance pour l'enseignement reçu dans son service de la Maternité Maréchale Lyautey à Rabat.

A tous nos Maîtres de la Faculté de Paris

de la Faculté d'Alger

A nos Maîtres de l'Hôpital d'Amiens

En témoignage de toute notre reconnaissance.

Aux Internes de l'Hôpital d'Amiens.

INTRODUCTION

Entreprendre une étude sur les accouchements par voie basse ultérieurs à une ou plusieurs césariennes n'a rien d'original.

C'est cependant un sujet toujours d'actualité qui, ayant d'abord évolué avec la technique opératoire et la conduite des accouchements, est actuellement l'objet de recherches sur certains points tels que l'étio-pathologie des ruptures de cicatrices ou la physiologie de la dynamique utérine pendant le travail dans les utérus cicatriciels. Certains points de vue s'opposent et notre but est simplement d'apporter notre modeste contribution dans la vérification et l'explication des faits à la lumière des dossiers des dix dernières années de la maternité de l'hôpital Lariboisière.

Monsieur le Professeur RAVINA nous a fait le grand honneur de nous diriger dans ce travail et nous devons à sa grande bienveillance d'avoir eu à notre entière disposition les dossiers de son service dans lequel se déroulent chaque année plus de trois mille accouchements.

Du 1er Janvier 1949 au 1er Janvier 1959, nous avons relevé 145 cas d'accouchements par les voies naturelles ultérieurs à une ou plusieurs césariennes. Nous avons limité notre étude statistique aux dix dernières années car l'évolution dans la technique opératoire et dans la façon de conduire et de surveiller les accouchements, nous aurait fourni, sur un laps de temps plus étendu, des cas qui auraient été difficilement comparables dans une même statistique.

Nous avons tenté d'étudier la répercution de la césarienne sur les différents temps de l'accouchement ultérieur en les comparant aux temps correspondants de l'accouchement normal, eutocyque.

Enfin, nous avons recherché parmi les césariennes itératives quel était l'état des cicatrices d'hystérotomies antérieures, rapportées sur les comptes rendus opératoires, afin de vérifier ce qui a été dit au sujet des désunions des cicatrices.

Ayant rassemblé ces constatations, nous les examinons en fonction des travaux récents.

E T U D E S T A T I S T I Q U E

De 1949 à 1959, 266 observations de parturientes ayant déjà subi une ou plusieurs césariennes ont été relevées. Elles sont divisées en deux lots : le premier comprenant 145 femmes qui ont accouché par voie basse,
le second groupant 121 femmes qui ont subi une césarienne itérative.

Nous avons étudié le déroulement des accouchements du premier lot d'après les données suivantes :

- l'âge et la parité de la parturiente,
- la cause et les modalités de la césarienne antérieure,
- le nombre d'accouchements depuis l'intervention,
- le poids des enfants nés par césarienne et celui des enfants nés par les voies naturelles,
- le terme des grossesses terminées par césarienne et par voie basse
- la durée du travail et ses modalités,
- la durée et le mode d'expulsion,
- les modalités de la délivrance et les constatations de la révision utérine faite systématiquement ou pour une raison quelconque.

En tenant compte des femmes qui ont eu plusieurs accouchements depuis leur césarienne, nous obtenons 97 accouchements supplémentaires, soit un total de 242 accouchements par voie basse après césarienne. Il y eu 4 ruptures utérines (1,69%) dont une seule pendant le travail avec le tableau clinique classique et mort du foetus.

Nous sommes loin des 71.482 accouchements rapportés par BACK NAYDEN à l'hôpital de Chicago dans l'américan jornal of obstetric and gynecology. Cependant nous pensons que nos cas sont suffisamment nombreux pour éliminer de cette étude le facteur hasard. Nous resterons cependant prudents avant de généraliser.

Il nous faut faire une seconde remarque avant de poursuivre, afin de ne pas étonner en passant sous silence la question de l'avenir des utérus cicatriciels en fonction de la variété de césarienne antérieurement pratiquée. En effet, il ne nous a pas été possible, pour la majorité des cas, de savoir quelle avait été la variété de césarienne pratiquée, car les malades entrant dans le service ne sont pas au courant des modalités de l'opération qu'elles ont subie plusieurs années auparavant hors du service.

De ce fait, nous n'avons eu à notre disposition que les comptes rendus des opérations pratiquées à la Maternité de l'hôpital Lariboisière et les constatations faites sur les cicatrices d'hystérotomies lors des laparotomies. Nous pensons cependant qu'il est possible de considérer la plupart des césariennes de notre étude comme ayant été des segmentaires. La césarienne corporéale étant pratiquemant abandonnée et ses indications étant très limitées, le sens vertical ou longitudinal nous restant inconnu, nous verrons cependant, dans la seconde partie de notre étude l'importance du sens de cette incision. Dans 39 cas, la césarienne a été segmentaire et dans 5 cas elle fut corporéale. Ces chiffres nous ont paru trop faibles pour donner des résultats valables dans une statistique.

Ces remarques étant faites, nous pouvons entamer notre étude.

INFLUENCE DE LA CESARIENNE SUR LE TERME DES GROSSESSES ULTERIEURES

Terme en mois	6	6 1/2	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 +	inconnu
Grossesses terminées par césarienne	/	/	1	3	13	10	III	4	3
Grosses. ultérieures - accouchement par voie basse	1	2	3	5	12	21	97	4	/

Le tableau di-dessus fait ressortir que 145 grossesses survenues après césarienne se sont terminées :

—44 fois avant terme, (soit 30,34% d'accouchements prématurés)

---97 fois à terme

---- 4 fois après terme

Par contre les grossesses qui se sont terminées, chez les mêmes femmes, par césarienne (les utérus n'étant pas encore cicatriciels) étaient:

---27 fois avant terme (soit 18,62% d'accouchements prématurés)

---III fois à terme,

--- 4 fois après terme,

et 3 fois le terme n'a pu être précisé à l'interrogatoire.

Doit-on en conclure que la césarienne augmente les risques d'accouchement prématuré? Aucun auteur, à notre connaissance n'a signalé ce fait ; CHIRIE, dans sa thèse "Accouchements par les voiesnaturelles après césarienne basse pour dystocie temporaire" en 1946 n'a pas trouvé cette augmentation du risque de prématurition.

Nous livrons ce résultat sans l'expliquer et en signalant que d'autres facteurs en dehors de la césarienne doivent certainement entrer en ligne de compte, à savoir ; l'âge de la parturiente, sa parité, le laps de temps écoulé depuis l'hystérotomie., le poids de l'enfant, l'abondance du liquide amniotique, etc...Au[illegible] de composantes que l'on ne peut faire entrer dans la même équation pour en découvrir leur résultante.

INFLUENCE DE LA CESARIENNE SUR LE POIDS DES FOETUS DES GROSSESSES ULTERIEURES

Ici encore, reportons-nous au tableau ci-dessous qui met en relief la différence de poids de naissance entre les enfants nés par voie basse après césarienne et ceux nés, de la même mère, par césarienne.

	Poids plus forts	Poids égaux (à 50 gr. près)	Poids plus faibles	Inconnus
Ensemble des cas	46	12	75	12
Enfants nés par voie basse à,terme comme leur ainé.	23	10	39	8

Sur 145 enfants nés par voie basse après césarienne, 75 ont des poids plus faibles que leur ainé né par césarienne. Cette différence de poids prend une réelle signification lorsque l'on compare les poids de naissance des enfants nés, à terme, par voie basse et par césarienne. On voit que 39 sur 80 ont des poids de naissance inférieurs à ceux de leur ainé.

Cette différence de poids n'est pas en concordance avec l'augmentation du poids de naissance des enfants à terme en fonction de la parité qu'observent les classiques, d'une façon générale mais non constante, dans les accouchements normaux.

Quoiqu'il en soit, l'abaissement du poids de naissance après césarienne fut bénéfique à 28 femmes qui, ayant été césarisées pour bassin limite après échec de l'épreuve du travail, ont pu accoucher, par la suite d'enfant de moindre poids, par voie basse.

H.L. RIVA et J.L. BREEN ont également constaté ce fait dans la statistique qu'ils rapportent dans "the American journal of obstetric and gynecology" en 1958 à propos de CENT accouchements après césarienne. Sur 35 femmes ayant accouché à terme, 29 ont eu des enfants dont le poids de naissance était plus faible que celui des enfants qu'elles avaient eu antèrieurement par césarienne. Et les auteurs d'ajouter : "Il est raisonnable d'affirmer que la différence de poids de naissance fut le facteur qui permit l'accouchement par voie basse dans bien des cas."

INFLUENCE DE LA CESARIENNE SUR LE NOMBRE DES ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS

98	femmes	ont accouché une fois après césarienne	.....	= 98	accouchemen
28	"	ont accouché deux fois " "	.....	= 56	"
7	"	ont accouché trois fois" "	.....	= 21	"
3	"	ont accouché quatre fois "	.....	= 12	"
3	"	ont accouché cinq fois " "	.....	= 15	"
3	"	ont accouché six fois " "	.....	= 18	"
2	"	ont accouché sept fois " "	.....	= 14	"
1	"	a accouché huit fois " "	.....	= 8	"
			Total	=242	"

Au cours de ces accouchements les incidents et accidents rencontrés sont les suivants :

Pour les femmes ayant accouché une seule fois :

- 3 ruptures utérines (dont 2 latentes découvertes à la révision utérine systématique.
- 12 dystocies dynamiques ayant nécessité une thérapeutique médicamenteuse (7 hypertonies et 5 hypotonies)
- 2 ruptures prématurées des membranes,
- 4 hémorragies de la délivrance par atonie après forceps,
- 1 enchatonnement du placenta.

Pour les femmes ayant accouché deux fois :

- 1 brèche utérine de 4 cm. au niveau de la cicatrice intéressant toute l'épaisseur de la paroi, (Rupture complète),
- 1 hypertonie utérine,
- 3 hémorragies de la délivrance,
- 2 rétentions de débris placentaires,

Pour les femmes ayant accouché trois fois :

- 1 hypotonie utérine,
- 1 délivrance incomplète,

Pour les femmes ayant accouché quatre, cinq et six fois :

- Pas d'incidents.

Pour les femmes ayant accouché sept fois :

- l'une a eu ses deux derniers enfants morts-nés, macérés à terme
- l'autre a eu ses deux derniers accouchements après terme.

Quant à la femme qui a accouché huit fois après césarienne :

- Ses trois derniers enfants sont tous morts-nés, macérés et après terme.

Il faut sans doute rapporter ces derniers faits à un facteur individuel et non à la césarienne antérieure.

Il n'y a donc pas d'influence de la césarienne sur le nombre des accouchements ultérieurs. Ainsi, une femme césarisée à la fin de sa première grossesse pour une dystocie accidentelle peut devenir, par la suite, toute chose restant égale par ailleurs, une grande multipare.

CHIRIE, dans sa thèse n'a pas trouvé non plus d'influence sur les possibilités de grossesse ultérieure.

Les avortements spontanés ou provoqués avoués que nous avons retrouvés dans nos observations se chiffrent à 26 dont 3 provoqués :

1 après appendicectomie à 4 mois et demi

9 totalisés par trois femmes

Le nombre des avortements à retenir est donc de :

26 - 7 = 19 sur 242 grossesses

Par ailleurs, le tableau semble montrer que la résistance de la cicatrice utérine n'est pas diminuée par le nombre d'accouchements ultèrieurs à la césarienne. Ou, la cicatrice est de bonne qualité, et l'utérus est apte à remplir sa fonction, ou la cicatrice n'est pas solide et la rupture se produira dès le premier ou le second accouchement. Ceci est en tous cas valable lorsque la période entre la césarienne et la nouvelle grossesse n'est pas trop courte.

LACOMME dit dans son livre "La pratique obstérricale" : "Je suis de ceux qui... sans accepter toujours l'épreuve (du travail), la tentent volontiers pourvu que soient réunies les trois circonstances indiquées plus haut (1). J'ajoute que je la tente avec d'autant moins d'inquiétude que la femme a déjà eu un accouchement naturel, même si cet accouchement a précédé

l'opération, car la souplesse du col et des parties molles dispenseront probablement l'utérus d'un trop gros effort."

RIVA et BREEN dans leur statistique déjà citée trouvent :

- 1 femme qui a accouché 4 fois soit 3 accouchements itératifs
- 4 qui ont accouché 3 fois soit 8 accouchements itératifs
- 24 qui ont accouché 2 fois soit 24 accouchements itératifs
- 71 qui n'ont accouché qu'une fois

Il y a donc eu 35 accouchements itératifs sans incident majeur, ni désunion de cicatrice, la révision utérine ayant été pratiquée dans tous les cas après l'accouchement.

---

(1) Ces trois circonstances sont les suivantes :

a) Bassin largement perméable, bonnes parties molles, col souple.

b) Les circonstances de la première opération ne doivent laisser apparaître aucune difficulté ou aucune suite pouvant indiquer que la cicatrisation a pu être mauvaise (suite opératoire fébrile, élimination du matériel de suture, etc...)

c) Etre en milieu chirurgical.

INFLUENCE DE LA CESARIENNE SUR LE DEROULEMENT DU TRAVAIL

Ayant été frappé par ce qu'écrivait BOURGOIN dans sa thèse à propos des dystocies dynamiques, nous avons recherche dans nos observations ces dystocies. Nous les avons classées en fonction de la médication employée :

Antispasmodiques pour les hypertonies, que ce soit Dolosal, Spasmalgine ou Spasmavérine.

Ocytociques pour leshypotonies que ce soit Totopion, Post-hypophyse ou Spartéine.

Nous obtenons les chiffres suivants :

Hypertonies	39
Contractions normales	90
Hypotonies.....	16

Soit 55 dystocies dynamiques sur 145 accouchements (38,55%).

Si nous ajoutons à ce chiffre ceux trouvés dans la statistique des césariennes itératives pour dystocie dynamique, nous devons ajouter 14 cas supplémentaires pour 121 de réintervention.

Nous obtenons alors 69 cas de dystocie dynamique sur 266 cas de césariennes antèrieures, soit 25,93%

Le chiffre des césariennes effectuées pour la première fois à cause d'une dystocie dynamique s'élève à 19. Les cas de dystocies dynamiques ayant nécessité l'intervention ne sont donc pas plus élevés d'après notre statistique, après césarienne.

EMPLOI DE LA POST-HYPOPHYSE

L'emploi de la post-hypophyse, dans les cas de dystocie dynamique par hypotonie utérine fut rarement pratiqué.

- 6 femmes seulement ont reçu 2 unités de post-hypophyse en injection intra-musculaire
- 1 femme reçut le médicament en perfusion veineuse.

Toutes les injections furent pratiquées sous couvert d'un antispasmodique.

Cet emploi parcimonieux de la post-hypophyse s'explique par les craintes de rupture utérine que ce médicament pourrait provoquer, la réaction de l'utérus à une dose même minime de post-hypophyse étant souvent imprévisible.

LES EPREUVES DU TRAVAIL

Sur les 145 accouchements par voie basse 17 ont occasionné une épreuve du travail

15 étaient des bassins limites avec foetus plus petits que précèdemment.

1 avait eu une césarienne pour dysproportion foeto-maternelle (foetus de 3.820 gr. et distance promoto-sous-pubienne à 10,6 cm.) et a accouché d'un enfant de 3.260 gr. par voie basse.

1 avait eu une césarienne pour anomalie de la dilatation. Cette dystocie,a cédé au second accouchement, au traitement médical.(perfusion I.V. de post-hypophyse sous Buscopan).

Sur les 121 césariennes itératives, 32 ont été décidées après échec de l'épreuve du travail dont les causes ont été les suivantes :

14 dystocies dynamiques,
13 bassins limites,
3 défauts d'engagement,
1 disproportion foeto-maternelle
1 souffrance foetale.

LES EPREUVES DU TRAVAIL

CESARIENNE ANTERIEURE					ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE										
Parité	Causes	Modalités	P.N.	Terme	Age	Parité	Présentation	Travail		Expulsion		P.N.	Délivrance	Révision utérine	Terme	Suite de couches
								Durée	Modalités	Durée	Forceps					
I	B.G.R.	?	3.820	9	37	II	O.I.D.P.	14H20	épreuve de 6 H.	20'		3.300	N.C.	R.A.S	9	Nles.
I	Siège B.G.R.	? Suites : ictère	3.000	9	20	II	O.I.D.T. O.P.	3H.50	Dolosal	35'		3.020	N.C.	R.A.S	9	Nles.
III	B.G.R. aplati	Basse transversale - S.O.N	4.320	9	31	V	O.I.G.A. O.P.	19H30	épreuve de 2H.1/2 Dolosal	5'		3.700	N.C.		9	Nles.
I	Bassin aplati transversalement	? S.O.N.	3.820	9	28	II	O.I.D.P. O.S.	21 H.	2 U. Post Hypophyse épreuve de 7 H.	25'	partie moyenne	3.900	A.	R.A.S	9 + 8 jours	Nles.
I	B.G.R.	?	3.600	9	33	III	O.I.G.A. O.P.	6 H.	Dolosal épreuve de 4 H.	systématique	partie moyenne	3.480	A.	R.A.S	9	Nles
I	B.G.R.	? suites : congestion pulmonaire	3.350	9	25	II	O.I.G.A. O.P.	46 H.	Spasmalgine		partie moyenne incision du col	3.020	N.C.	R.A.S	9	Fébriles
I	B.G.R. Après épreuve du travail de 27H	Segmentaire S.O.N.	3.520	9	29	II	O.I.D.P. O.P.	10H55			partie moyenne	3.200	A.	R.A.S	9	Nles

Notons que ces 49 épreuves du travail sur 266 utérus antèrieurement césarisés n'ont causé aucune rupture utérine. Or ces épreuv s du travail peuvent donner une idée de la solidité de la cicatrice utérine. En effet, nous appelons épreuve du travail la surveillance de l'accouchement après rupture de la poche des eaux lorsque la dilatation du col est aux environs de 5 francs, la décision opératoire n'étant prise qu'après 2 heures et demi à trois heures, au minimum, après rupture des membranes. Souvent vers la sixième heure.

Il faut ajouter 4 anomalies de la dilatation qui n'ont pas été totalement maitrisées et qui ont nécessité une incision du col.

Ainsi nous constatons une fréquence de césariennes itératives aussi élevées pour les dystocies dynamiques que pour les bassins limites et ceux-ci sont pourtant des dystocies permanentes contrairement aux dystocies dynamiques.

Il est encore un élément du travail que nous avons étudié afin de vérifier le rapport de RIVA et BREEN, c'est la durée du travail. Nous la trouvons égale, en moyenne, à 8 heures 34 minutes variant d'un minimum de 45 minutes à 24 heures 30 au maximum (1 seul accouchement a duré 46 heures). La moyenne des temps de travail que nous obtenons dépasse de 34 minutes la moyenne donnée par les auteurs américains. Cependant la différence est minime et l'ordre de grandeur reste le même. C'est d'ailleurs le temps moyen du travail normal chez les multipares donné par DUBRISAY et JEANNIN dans leur précis d'accouchement.

ETUDE DE L'EXPULSION (Modalités et durée)

Le mode et la durée de l'expulsion ne nous ont pas paru être troublés par l'antécédent d'hystérotomie. Encore faut-il remarquer que le nombre de forceps posés à la partie basse de l'excavation est plus important que normalement. Cela n'est pas le propre de l'accouchement après césarienne, mais est dû, seulement, à la prudence de l'accoucheur.

La moyenne des temps d'expulsion spontanée est de 13 minutes 45 secondes mis à part 1 cas dont la durée est de 75 minutes et un autre dont l'expulsion dura 110 minutes.

Temps	moins de 15 minutes	15 minutes	plus de 15 minutes	1 H. et plus
Nombre d'expulsions spontanées	63	15	21	2

Ces temps d'expulsion sont à peu près lesmêmes que ceux des accouchements sans antécédent de césarienne chez les multipares.

Le nombre d'extractions par forceps ou spatules est de 44 dont 31 faits systématiquement par sécurité à cause de la césarienne antérieure.

ETUDE DE LA DELIVRANCE -

Il y aut 89 délivrances spontanées sur les 145 observations colligées
5 délivrances incomplètes suivies de révision utérine
51 délivrances artificielles systématiques

39 révisions utérines furent effectuées dont 34 fois systématiquement afin de vérifier la cicatrice et l'intégrité utérine.

Par conséquent, 90 fois sur 145 la vérification de la cicatrice fut faite.

3 fois on constata une désunion au niveau de la cicatrice sur le segment inférieur alors même qu'aucun signe clinique patent ne les laissait prévoir.

8 fois l'opérateur signala une cicatrice très mince

4 fois les membranes étaient adhérentes à cette cicatrice

Les autres comptes-rendus ne donnent pas de détails sur la cicatrice qui a été jugée normale ou même n'a pas été sentie (cas spécifié 3 fois).

LES RUPTURES UTERINES APRES CESARIENNE : RUPTURES SILENCIEUSES.

Intrigués par lesruptures utérines latentes, sans signes clinque, appelées par certains "désunions" ou "déhiscence" de la cicatrice, nous avons recherché parmi les césariennes itératives, l'état des cicatrices antèrieures rapporté sur le compte-rendu opératoire.

Sur 121 césariennes itératives :

99 femmes n'avaient été opérées qu'une fois

19 avaient déjà subi deux interventions

2 en avaient subi trois.

Chez les 99 femmes du premier lot, on trouva à l'intervention :

- 1 brèche verticale de 25 m/m sur le segment inférieur alors que le travail etait tout au d but.

- 1 brèche transversale à l'union du corps et du segment inférieur. (le moment du travail où l'on est intervenu n'est pas précisé).

- 1 brèche transversale de 5 cm. opérée avant tout début du travail.

- Enfin, une ancienne cicatrice longitudinale a éclaté lors de l'extraction de l'enfant au cours d'une césarienne transversale.

Toutes ces brèches étaient restées sous-péritonéales.

Par contre chez les femmes ayant déjà subi plusieurs césariennes il ne fut pas découvert de désunion, mais seulement des adhérences plus ou moins importantes, très souvent génantes, solidarisant le corps à la paroi et faisant remonter très haut la vessie.

Ceci montre bien le désordre occasionné par ces adhérences dans la statique du petit bassin au moment du développement utérin et, plus tard, dans la dynamique utérine, pendant les contractions du travail.

La constatation de brèches utérines par désunion de la cicatrice trouvées uniquement chez les femmes n'ayant subi qu'une seule césarienne est assez troublante. On peut rapprocher ces ruptures des trois ruptures latentes découvertes, après accouchement, par la révision utérine de principe chez des femmes n'ayant été césarisées qu'une fois à la grossesse précèdente. Nous ne pensons pas que la proportion de 3 sur 99 et de zéro sur 22 soit un effet du plus grand nombre de femmes qui n'ont qu'une césarienne dans leurs antécédents par rapport au nombre réduit de celles qui en ont subi plusieurs.

En définitive, nous trouvons sur 242 accouchements :

- 2 ruptures complètes et 2 déhiscences soit 1,69%

Sur 121 césariennes itératives pratiquées aux environs du terme :

- 3 déhiscences, soit 2,47%

En tout 1,92% de ruptures utérines de tous les degrés.

LES AUTRES PARTICULARITES DE LA CICATRICE

Lors de la laparotomie, il fut découvert des segments inférieurs excessivement minces qui nécessitèrent la ligature-résection bilatérale des trompes, l'utérus n'étant pas jugé apte à subir une nouvelle grossesse éventuelle sans risquer de graves dommages. Ce cas fut relevé 7 fois dont 5 sur des utérus une fois césarisés sans grossesse depuis l'intervention et 2 sur des utérus déjà deux fois opérés.

Il semble apparaître alors que la solidité d'une cicatrice d'hystérotomie si elle dépend en partie du nombre de césariennes déjà subies, dépend aussi de plusieurs autres facteurs réunis chez un même sujet et variables d'un sujet à l'autre, difficilement mesurables. Chaque cicatrice est en effet un cas particulier dont la solidité sera en fonction :

- de la technique employée
- du temps de latence entre l'hystérotomie et la nouvelle gestation
- et de facteurs propres à chaque malade.

LES CAUSES DE LA CESARIENNE ANTERIEURE -

Bassins viciés	38	
Dystocie de présentation	30	
Placenta praevia	20	
Anomalie de dilatation	17	
Obstacle praevia	8	
Disproportion foeto-maternelle	7	
Procidence du cordon	5	(souffrance foetale 3
Dépassement du terme	4	)arrêt du travail 2
Divers	10	(malformation utérine 1
		)hydrocéphalie 1
Inconnues	6	(rétrécissement mitral ... 1
		)hernie inguinale 1
		(gémellaire après chute .. 1
Total	145	

CAUSES DES CESARIENNES ITERATIVES -

Bassins viciés	63	
Anomalie de la dilatation	14	
Placenta praevia	1	
Dystocie de présentation	3	
Disproportion foeto-maternelle	3	
Divers	17	(incompatibilité sanguine 1
		)cardiopathies valvulaires 4
		(vomissements incoercibles 1
		)lésion du rectum 1
		(néphropathie gravidique 3
		)malformation utérine 2
		(sclérose du col 2
		)rupture prématurée des membranes 1
		(obésité 1
		)souffrance foetale 1
Inconnues	20	
Total	121	

OBSERVATIONS DES QUATRE CAS DE RUPTURE UTERINE PENDANT LE TRAVAIL

OBS.-N° 1 -

Madame B.N. entre dans le service le 5/3/58.
Septipare de 40 ans, elle a subi une césarienne segmentaire pour placenta praevia il y a six ans pour la naissance de son avant dernier enfant. Le dernier accouchement a été naturel à terme, l'enfant pesait 4.000 Gr. D'après les dires de la parturiente les suites opératoires ainsi que les suites de couche de l'accouchement furent normales.

A l'entrée les constatations suivantes sont faites : Il est 18 H.30 utérus antéversé en obusier, paroi abdominale inexistante, cicatrice douloureuse. Bon relachement utérin. Hauteur utérine : 36 cm.

Au toucher vaginal : col court, épais, dilatation 1 franc - Membranes intactes, liquide abondant. Bassin entièrement explorable. Parties molles très souples.

Les contractions utérines surviennent toutes les dix minutes. Elles sont peu intenses. Les bruits du coeur sont normaux.

A 19 H.30 : le relâchement utérin est de mauvaise qualité, le col est dur, épais, les membranes sont bombantes.
Une demie ampoule de Dolosal est injectée en intra-musculaire.

A 20 H.Le mauvais relachement utérin persiste entre les contractions espacées de 3'50". Le col reste dur et bridé. La dilatation est à 5Fr. La tête n'appuie pas du tout sur le col. Les bruits du coeur ne sont pas perçus. On décide de poser une perfusion de sérum glucosé de 500 cc. contenant une ampoule de Dolosal.

A 20 H.45 : Bon relachement utérin entre les contractions, cependant l'utérus reste très contractile.
Les bruits du coeur ne sont pas perçus.

A 21 H.10 : Contractions durant 40" espacées de 6 minutes.

A 22 H. : Contractions de 40" espacées de 3 minutes.
Col souple, effacé. Dilatation : petite paume. Tête appliquée sur le col.

A 22 H.50 : Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux : liquide amniotique purée de pois.

A 22 H.55 : Efforts expulsifs.
Cinq minutes plus tard : expulsion d'un enfant mort-né pesant 2.960 gr.

A 23 H.10 : Délivrance naturelle complète, placenta petit pesant 400 gr. Tension artérielle à 12,1/2-9

A 23 H.30 : Révision utérine systématique : on trouve une brèche large de 3 cm. au niveau de la cicatrice utérine, à l'union de l'isthme et de la face antérieure. La femme ne saigne pas. La tension artérielle est à 11,1/2-7,1/2

A l'intervention : A l'ouverture : hématome soulevant le cul de sac vésico-utérin : Incision du cul de sac, décolement de la vessie sur la ligne médiane. Sur le segment inférieur : perforation circulaire de la dimension d'une pièce de 1 franc. Suture en deux plans. La malade n'ayant que 2 enfants vivants sur 6 grossesses et en désirant d'autres, on ne ligature pas les trompes. Les annexes sont saines.

Au 12ème jour, la malade sort convalescente, les suites opératoires ont été normales et la température est redevenue à la normale au 3ème jour.

Dans cette observation la mort du foetus ne parait pas dûe à la rupture utérine, mais plutôt à la souffrance foetale consécutive à l'hypertonie utérine qui a duré une heure quinze minutes.

OBS.- n° 2.-

Madame L. S. 31 ans, entre en maternité le 27.I.54, à 22 H.10' enceinte de 8 mois.

Dans ses antécédents on note un accouchement naturel à 8 mois 1/2 il y a 4 ans et une césarienne basse il y a 3 ans pour procidence du cordon.

A l'entrée : les bruits du coeur sont bons.

Au toucher vaginal : le col est effacé, la dilatation à deux Fr. Il existe un faux promontoire sacré vers 10,8 cm. Les contractions se produisent tous les quarts d'heure et sont régulières.

A 9 H.30 les contractions ayant diminué en nombre et en intensité, on fait une injection de 10 cgr. de Spartéïne renouvelée à 9 H.50'.

A 13 H.30 : Dilatation "petite paume", tête engagée en O.I.D.P. Rupture artificielle des membranes : le liquide amniotique est clair.

A 13 H.45' : Dilatation complète ; bruits du coeur normaux : efforts expulsifs.

A 14 H.10' : Accouchement naturel d'une fille criant aussitôt, pesant 3.550 gr.

A 14 H.25' : Délivrance naturelle, complète, mais la tension artérielle est à 6-4. La r vision utérine faite pour vérifier l'intégrité utérine découvre une rupture au niveau de la cicatrice. Il existe une brèche sur la face antérieure du segment inférieur communiquant avec la grande cavité péritonéale. Le sondage ramène des urines un peu sanglantes.

A la laparotomie : Rupture complète de la face antérieure du segment inférieur s'étendant du bord gauche jusqu'à la base du ligament large du côté droit. Ce dernier est rempli de caillots. Traitement conservateur : ligature avec résection des trompes. Les suites opératoires sont fébriles. La malade sort convalescente au 15ème jour.

OBS.-N° 3.-

Le 14.2.52, Madame J. D., 23 ans, entre en maternité, enceinte de 9 mois. C'est une secondipare, sa première grossesse s'est terminée il y a deux ans, par une césarienne basse longitudinale faite sur un siège décomplété avec souffrance foetale, après 11 heures de travail. L'enfant était à terme et pesait3.000 gr. Il a été ranimé 5 minutes.

A 22 H.10' : à l'entrée, l'examen note une hauteur utérine de 33 cm. La tête foetale est en bas. Le dos à droite. Les bruits du coeur sont bons.

Au toucher vaginal : le col est effacé, postérieur mince, la dilatation est à 1 franc. La tête est engagée, poche des eaux intacte, le périné est résistant.

Vu la césarienne antérieure et la résistance du périné, on décide d'ors et déjà qu'un forceps sera posé à dilatation complète après injection de Flaxédil.

A 23 H.15' : Les contractions sont assez fortes et durent une demie minute survenant toutes les minutes et demies. On pratique une injection d'une ampoule de Dolosal.

A 0 H.15' : le 15.2.52, rupture spontanée des membranes avec liquide amniotique clair.

Dilatation : 5 francs. Tête engagée en O.I.D.P.

Les bruits du coeur sont bons.

A 1 H.20' : Tête profondément engagée. Col un peu épais, oedématié surtout dans sapartie droite. Bruits du coeur normaux. Dilatation :"petite paume".

A 2 H.30' : Dilatation "grande paume", col encore épais à droite.

A 3 H. : Dilatation complète, tête en O.I.D.P., bruits du coeur normaux, le sondage vésical ramène des urines claires.

A 4 H. : Sous anesthésie, avant de pratiquer l'application de forceps systématique, on note un petit écoulement sanguin à la vulve.

L'application de forceps Tarnier se fait à la partie moyenne de l'excavation en "droite postérieure" ; rotation en occipito-pubienne ; nouvelle prise de forceps en "directe" ; extraction facile en O.P. d'un enfant du sexe féminin criant aussitôt et pesant 3.800 gr.

Délivrance artificielle et révision utérine systématique :

On remarque des adhérences anormales, par place, du placenta inséré sur la face antérieure du corps. Il existe au niveau du segment inférieur (S.I.), en avant et légèrement sur la droite, un orifice de la taille d'une pièce de 5 francs, correspondant au lâchage de la cicatrice de la césarienne antérieure.

Vérification du col sous valves : intégrité du col.

Au sondage vésical les urines sont claires. La tension artérielle est à 11-8, le pouls bat à 120 pulsations à la minute. Il persiste un petit écoulement sanguin par la vulve. Le globe utérin est bon. Il n'y a pas de matité dans les flancs.

A la laparotomie : on tombe sur des adhérences de la face antérieure de l'utérus à la paroi, remontant jusqu'à 3 travers de doigts de l'ombilic Il existe d'autre part des adhérences épiploïques importantes, hématome, oedème, emphysème sous le péritoine vésico-utérin, surtout à droite. On clive avec difficultés le péritoine utérin jusqu'au niveau du S.I. et ce décollement s'avère particulièrement difficile latéralement.

Rupture de l'ancienne cicatrice : orifice d'un diamètre de 4 cm. Traitement conservateur. La péritonisation est laborieuse du fait des adhérences.

En cours d'intervention une transfusion de 300 cc. de sang fut pratiquée. Les suites opératoires sont fébriles, la températures revient à la normale au 5ème jour.

Le 11ème jour la malade sort convalescente du service avec sa fille bien portante.

OBS.- N° 4.-

Il s'agit de la rupture clinique avec foetus dans la cavité péritonéale.

Madame L. G. 29 ans, secondipare entre dans le service le 14.7.52 à 4 H.30, à terme. Sa grossesse a été surveillée dans le service, il n'y a pas eu d'incidents.

Sa 1ère grossesse s'est terminée par une césarienne corporéale, il y a 2 ans pour présentation pelvienne et gros foetus de 4.000 gr. Les suites opératoires ont été normales et apyrétiques aux dires de la malade.

A l'examen d'entrée, les bruits du coeur existent, mais sont très sourds. La présentation est difficile à sentir au palper.

Au toucher vaginal, le col est court et fermé. On n'atteint pas la présentation. Le bassin est rétréci et aplati ; la distance promonto-sous-pubienne est à 10,5 cm. et l'on peut suivre les lignes innominées.

A 3 H. : Lipothymie, pas de dyspnée, pas de vomissement. Les bruits du coeur ne sont plus perçus, l'utérus est tendu. Au toucher vaginal, le col est fermé, il n'y a pas de contraction.

A 6 H. : la malade ne sent plus de mouvements actifs du foetus.

A 9 H. : A la palpation, on sent un pôle inférieur.

Au toucher vaginal, le col est court fermé médian. On sent à travers le segment inférieur assez loin, dans la fosse iliaque droite, une masse. Une radiographie est faite qui montre une tête très élevée dans la fosse iliaque droite, un dos à gauche. Il y a rupture utérine.

A 10 H.: Dyspnée, douleurs épigastriques, vomissements. Le tableau se complète, la respiration devient superficielle. L'abdomen se météorise. On trouve une matité dans le flanc et la fosse iliaque gauches et du tympanisme dans le flanc droit et l'épigastre qui est sensible.

Pas de douleur scapulaire, pas de hoquet, pas de bruits du coeur ni de mouvements foetaux.

Au toucher vaginal : Le Douglas est très douloureux. Le col est dur, fermé, la présentation est inaccessible.

La température est de 37°2, le pouls est à 130. La tension artérielle est à 13-9. Arrêt des gaz depuis 3 heures du matin.

L'utérus rétracté présente un point douloureux très net au dessus de l'ombilic.

A l'intervention : Dès l'ouverture du péritoine, on voit le foetus situé dans la grande cavité péritonéale. On extrait un enfant pesant 3.700 gr. mort-né. Le placenta se trouve également dans la grande cavité, se présentant par sa face utérine. On l'extrait facilement. L'utérus est petit, rétracté dans le petit bassin, présentant une RUPTURE DE LA FACE ANTERIEURE S'ETENDANT DE L'ISTHME AU FOND.

Traitement conservateur, transfusion per-opératoire de 400 gr. de sang frais. La malade sort le 11ème jour, convalescente après des suites opératoires fébriles, mais sans complication.

LA MORTALITE FOETALE ET MATERNELLE

Sur les 145 accouchements par voie basse après césarienne qui sont rapportés dans notre statistique, il n'y a pas eu de mort maternelle.

Nous comptons 9 enfants morts-nés ou décédés dans les deux heures après la naissance, soit 6,20% de mortalité foetale qui se décompose comme suit :

- Deux morts-nés dans des ruptures utérines, soit 1,38% (l'un des deux foetus est probablement mort à la suite d'une hypertonie utérine qui a provoqué à la fois une souffrance foetale et une désunion de la cicatrice d'hystérectomie antérieure, qui fut découverte après l'accouchement, par révision utérine. Dans le doute nous mettons ce décès sur le compte de la rupture).

- Deux morts sont dûes à la prématurité, soit 1,38%
  L'une à 6 mois de gestation (foetus pesant 1.200 gr.)
  L'autre à 7 mois et demi de grossesse (foetus pesant 1.900 gr.)
- Un mort-né était hydrocéphale.
- Un autre était issu d'une mère atteinte de néphropathie gravidique.
- Un enfant est mort-né après manoeuvres obstétricales (abaissement des bras).
- Un était post-mature, mort-né macéré (terme dépassé de 20 jours)
- Enfin, un décès reste inexpliqué.

Deux enfants décédèrent dans les jours qui suivirent l'accouchement.

- 1 prématuré de 6 mois atteint de broncho-pneumonie
- 1 trois jours après la naissance. Il était à terme et pesait 2.780 gr. Un forceps a été posé systématiquement à la partie basse de l'excavation. Il ne semble pas qu'il y ait eu traumatisme obstétrical, mais plutôt immaturition.

D E U X I E M E P A R T I E

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

-=-=-=-=-=-=-=-=-

-=-=-=-=-=-=-=-

-=-=-=-=-=-=-

-=-

D I S C U S S I O N

= = = = = = = =

Alors que la césarienne est devenue une opération de sécurité de plus en plus courante et pratiquementtsans risque, du moins pour le moment, pour la mère et pour l'enfant, tout se résume, lors des grossesses ultérieures à évaluer la résistance de la cicatrice utérine. Un grand nombre d'auteurs ont cherché des critères à cette solidité de la cicatrice, que ce soit Couvelaire, Lacomme, Houel, pour ne citer que quelques auteurs français. Personne n'a pu établir ces critères, chaque cicatrice étant un cas particulier dont la solidité est la résultante d'un grand nombre de facteurs pour la plupart non mesurables. Tout au plus peut-on affirmer avec RIVA et BREEN du Walter Reed Army Hospital de Washington que l'adage : "Once a caesarean section, always a caesarean section" n'a plus de valeur.

Le problème est d'ailleurs le même quelque soit la cause de la cicatrice supra-cervicale de l'utérus :

- Césarienne corporéale ou segmentaire,
- Sutures de ruptures utérines,
- Myomectomies de fibromes multiples ou intra-muraux,
- Opérations pour malformations utérines (opérations de Strassman),
- ou même opérations gynécologiques telles que la réimplantation des trompes,
- Il en va de même des curetages trop violents qui ont "raboté" l'utérus de dedans en dehors laissant une cicatrice d'autant plus dangereuse qu'elle sera méconnue.

L'ETUDE HISTO-PATHOLOGIQUE, commencée par Couvelaire en 1909, a soulevé une controverse qui n'est pas terminée. Cependant l'unanimité semble aujourd'hui se faire : La cicatrice utérine est conjonctive "il se produit secondairement une muscularisation", pour reprendre une phrase de Houel, "de cette trame conjonctive de néo-formation qui sert de trait d'union entre "les faisceaux musculaires sectionnés. Ce processus, réalisé seulement par "des fibres musculaires lisses, fragiles, de petites dimensions, serait pré-"caire et incomplet.""

La "Restitutio ad integrum" observée 2 fois sur 3 par Audebert et Tourneux ne serait qu'apparente et c'est aussi l'avis de Poidevin et Bockner qui, rapportant les études histologiques de Schwartz en 1938 et de Siegel en 1952, affirment que le processus original de la cicatrisation de la brèche utérine est une réaction des fibroblastes aboutissant à un tissu d'union. Plus tard ce tissu d'union se rétrécirait et serait même absorbé par le muscle adjacent si bien que l'union du bord d'un muscle à l'autre semble provenir du muscle lui-même. Quoiqu'il en soit, ce tissu subit au surplus l'action émolliente des oestrogènes qui inondent l'organisme de la parturiente et provoquent en d'autres points, de l'économie, le relâchement de la symphyse pubienne et l'augementation de la laxité ligamentaire.

Cette action des oestrogènes a été étudiée expérimentalement en Amérique par W. Hess sur les cornes utérines sectionnées puis suturées de souris. Bourgoin en rapporte les conclusions dans sa thèse : sous l'action des oestrogènes à dose moyenne, la résistance des cicatrices à la traction est nulle pendant les quatre premiers jours et augmente à mesure que se développe une action fibroblastique. Par contre, des doses massives d'oestrogènes, réalisant l'imprégnation folliculinique de la grossesse, diminuent la résistance de la cicatrice. Cependant l'auteur ne tranche pas le débat ouvert par Couvelaire de façon formelle puisque les coupes histologiques qu'il présente semblent montrer que le tissu cicatriciel peut reproduire, ou du moins caricaturer, le tissu dans lequel il se développe : fibres musculaires lisses sur le corps de l'utérus, tissu conjonctif au niveau du segment inférieur.

Les biopsies faites par Lepage et ses collaborateurs au niveau d'anciennes cicatrices utérines datant de quatre et six ans, lors d'une césarienne itérative ont montré à l'examen histologique :

"a) - une sclérose intersticielle avec abondance de fibroblastes et dissociation des faisceaux musculaires lisses.... L'ensemble évoque des fibres musculaires de médiocre qualité. Le réseau capillaire est moins développé que normalement, témoin d'une vascularisation faible.

"b) - Le revêtement interne des fragments est constitué par un épithélium cylindrique mucipare de type endocervical bien différent du revêtement épithélial de l'isthme ou du corps utérin.""

Ces constatations faites sur des cicatrices très anciennes semblen assez nettes : la cicatrice d'hystérotomie est avant tout fibreuse. Il ne faut pas se contenter de l'examen manuel et macroscopique.

D'autre part, ce tissu de réparation qui a subi une sorte de métaplasie reste tout de même plus fragile que le reste du muscle (les exemples de ruptures utérines à son niveau en sont la preuve). Cela tient en partie, à ce que ce tissu cicatriciel n'a pas l'élasticité , ni l'extensibilité de la fibre utérine d'origine. Il est possible que cette extensibilité augmente

avec le temps. Cela expliquerait le meilleur pronostic porté par la plupart des auteurs lorsque le laps de temps compris entre la césarienne et le nouvel accouchement est important. Cette hypothèse de l'augmentation de l'extensibilité du tissu cicatriciel d'union avec le temps serait en accord avec notre statistique qui n'a relevé de désunion de cicatrice qu'au premier accouchement après césarienne (une seule ayant eu lieu au second accouchement).

Etudiant la PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS CICATRICIEL, Keiffer met en relief le fait que la brèche d'hystérotomie, en sectionnant toutes les tuniques utérines, détruit l'architecture complexe de la musculature. Sur toute la distance de la cicatrice, les lignes de force, représentées par les fibres musculaires longitudinales, circulaires et obliques, sont interrompues et par là même, la dynamique utérine au moment des contractions est perturbée : 'londe contractile n'étant plus transmise harmonieusement tout au long du corps utérin, mais butant contre un écran cicatriciel. D'où des zônes de tension plus forte. De plus, le trouble dynamique est encore augmenté par l'interruption des plexus sympathiques intra-muros qui représentent l'inervation intrinsèque de l'utérus reliée d'une part au système sympathique et d'autre part au système nerveux central. Cette énervation d'une partie du muscle utérin contribue certainement à augmenter les troubles de la contraction dans une mesure que nous ne pouvons évaluer, mais qui n'en est pas moins certaine. Ainsi pourraient être expliquées les dystocies dynamiques dont nous avons vu la fréquence après césarienne dans notre statistique : 38,55%., d'accouchements par voie basse ayant cédé au traitement médicamenteux et 25,93% de dystocie dynamique pour la totalité des cas réopérés ou non.

LES CONDITIONS REQUISES POUR QU'UNE CICATRICE SOIT JUGEE SATISFAISANTE

- - - - - - -

La valeur d'une cicatrice utérine ne pouvant être jugée, en définitive qu'à la vue de celle-ci lors de la laparotomie, les chirurgiens l'apprécient d'après son aspect macroscopique, sa topographie, ses dimensions en longueur, en largeur et en épaisseur.

La topographie de la cicatrice.-

Il est maintenant classique de considérer que la cicatrice de césarienne corporéale n'est pas aussi résistante que celle de la césarienne segmentaire. Ainsi dans notre statistique la seule rupture utérine pendant le travail avec foetus mort dans la cavité péritonéale s'est produite sur une cicatrice de césarienne corporéale. Les chiffres de déhiscence de cicatrice d'hystérotomie corporéale varient suivant les auteurs. 4,5% d'après Brindeau et Couvelaire, 4% pour Eardely Holland, 3% d'après Catala, 5,9% d'après Singer, 20% d'après Fuchs et Erbsloh avec une mortalité maternelle de 29% et foetale de 71%.

Après hystérotomie segmentaire, Chomé, puis Laffont et Bonafas considèrent la rupture comme exceptionnelle. Wetterwald donne les chiffres suivants : 5,9% de ruptures après l'hystérotomie corporéale
0,20% après césarienne supra-symphysaire

Nous voyons donc que le pourcentage de rupture après césarienne segmentaire devient infime grace à l'amélioration des techniques, l'emploi systématique des antibiotiques et la surveillance très attentive des accouchements.

La différence entre les pourcentages donnés par les différents auteurs semble pouvoir être expliquée par le fait que certains appèllent rupture utérine le seul syndrôme abdominal dramatique alors que d'autres englobent sous ce terme toutes les brèches utérines et désunions de cicatrices. Ainsi, Bourgoin rapporte la statistique de PEDOWITZ qui ne signale aucun cas de rupture utérine sur 403 cas, mais qui compte cependant 48 cicatrices désunies.

Houel cite la statistique de Chastrusse en 1952 qui rapporte 17 cas de déhiscence de cicatrice d'hystérotomie basse longitudinale au cours de grossesses ou accouchements ultérieurs : 7,6% de ruptures de la cicatrice avec tous les degrés de gravité, depuis la fissuration du segment inf rieur, jusqu'à la rupture complète, intra-péritonéale sur toute la hauteur du segment inférieur. Ces chiffres sont en effet assez impressionnants. Cependant une statistique récente, rapportée par L. Lemerre, C. Tchobroutsky et L. Bigey se rapproche de la nôtre avec 2% de ruptures utérines sur utérus cicatriciels dont 0,5% de déhiscence et 1,5% de ruptures vraies. Lacomme donne moins de 1%, et Colanerci donne le même chiffre que le nôtre : 1,9% de rupture. Chastrusse est donc bien pessimiste.

Mais il est bon d'insister avec Chastrusse, sur la médiocrité de la cicatrice de l'incision segmentaire longitudinale qui est très souvent une segmento-corporéale remontant plus ou moins haut sur le corps et dont la cicatrice à ce niveau a la même valeur que celle de la césarienne corporéale ; il en est ainsi trois fois sur douze observations dans lesquelles il précise le lieu de l'incision.

On a discuté de savoir s'il y avait plus de risques de rupture après l'incision verticale qu'après l'incision longitudinale. L'incision verticale a 2 inconvénients : le premier est que si le segment inférieur n'est pas bien formé l'incision remonte plus ou moins haut sur le corps ce qui peut être une cause de rupture ; le second est qu'il est quelquefois difficile d'obtenir un bon affrontement car les bords s'éversent et il n'est pas toujours facile de faire un deuxième plan d'enfouissement. Mais cette incision est souvent nécessaire lorsque le segment inférieur est peu formé transversalement ; l'incision transversale risquant de se propager sur les pédicules veineux et de donner une hémorragie très importante. L'incision transversale lorsqu'elle est réalisée, soit par incision, soit par dilacération, donne des bords plus faciles à coapter et surtout, il est plus facile de faire un deuxième plan d'enfouissement. De plus, la suture se fait dans un tissu relativement peu irrigué par rapport à celui du corps. De ce fait, les risques d'hématomes dans la plaie sont réduits. La péritonisation est également plus aisée, le péritoine se clivant facilement sur un segment inférieur bien formé.

H. Serment a étudié la cicatrice d'hystérotomie sur des utérus gravides et sur des utérus involués. Il trouve la cicatrice différente : "Lorsque la cicatrisation s'établit sur un muscle gravide, on assiste dans le post-partum, à la régression de la cicatrice qui devient beaucoup moins importante, mais si l'on revoit cette cicatrice au cours d'une grossesse ultérieur (c sarienne itérative), on s'aperçoit qu'elle a repris ses dimensions relativement importantes. La zône de moindre résistance a plus de chances d'être augmentée. Par contre, la cicatrice laissée par une opération sur un utérus involué restera de taille similaire lors d'une grossesse. L'hypertrophie des fibres et la néoformation musculaire ne touchant pratiquemment pas cette zône qui, restant dans ses dimensions primitives, est englobée et sera une zône de moindre résistance relative.""

La cicatrice sera donc moins tiraillée sur un segment inférieur que sur un corps utérin puisque celui-ci, pendant la gestation, se développe beaucoup plus que le segment inférieur.

Quoiqu'il en soit, la faveur des deux modes d'incision basse reste partagée. Nous pensons qu'outre la pratique habituelle de l'un ou de l'autre mode qui permet au chirurgien d'acquérir une technique plus parfaite, chaque incision a ses indications propres découlant de la position du foetus in-utéro, de la façon dont est formé le segment inférieur et dont le pôle foetal appuie sur ce segment. Mais ce n'est pas là notre propos.

La régularité de la cicatrice -

C'est une évidence, dit Houel, qu'une cicatrice longue et tortueuse comme celle occasionnée par une rupture utérine que l'on a suturée par la force des choses d'une façon atypique sera moins solide qu'une petite cicatrice régulière. Il faut ici insister sur le rapprochement bord à bord des lèvres de la plaie. En effet, un mauvais affrontement occasionnera des pliures le long de la suture, étirant les lèvres sur quelques centimètres et augmentant son épaisseur sur les centimètres suivants. Il en résultera des zônes plus minces que d'autres, donc moins résistantes, et des zônes où le rapprochement des deux lèvres de la plaie ne sera pas intime d'où la formation d'un tissu d'union fibreux en plus grande quantité et là encore, une zône de moindre résistance.

Couvelaire, à la palpation, trouve dans 17% des cas, la ligne de suture irrégulière avec des endroits si minces que l'on peut percevoir, du bout des doigts une perte de substances intéressant parfois toute l'épaisseur de l'utérus et recouverte seulement par le péritoine.

On en revient donc à l'habileté de l'opérateur et au soin qu'il faut mettre dans la suture de la plaie utérine. Répétons aussi que le bord à bord des lèvres de la plaie est beaucoup plus facilement obtenu sur un segment inférieur bien formé que sur un muscle épais qui saigne.

MODE D'EVOLUTION DU PROCESSUS DE CICATRISATION

Il est encore des facteurs de solidité de la cicatrice que l'on ne voit pas à la laparotomie. Chastrusse, Serment, Poidevin et bien d'autres insistent particulièrement sur les suites opératoires de la césarienne.

Qu'un hématome se forme ou qu'une infection, même légère, apparaisse dans la plaie utérine, c'est un tissu de sclérose qui va envahir les lèvres de cette plaie et va empêcher leur union ou du moins, contrarier la solidité de cette union. Quelle est alors la prophylaxie de ces suites opératoires qui paraissent anodines?

Les antibiotiques eux-mêmes, dit Chastrusse ne sont pas une garantie suffisante contre l'infection. "Nous craignons que les antibiotiques puissent n'être, parfois, qu'une fausse sécurité. Ils suppriment les signes généraux, ils ne se rendent pas toujours maîtres de l'infection locale qui peut continuer ses ravages à l'abri d'une courbe de température modèle.... Ils guérissent souvent ; ils camouflent quelquefois.""

La meilleure prévention contre cette infection locale serait, toujours d'après Chastrusse, de ne pas laisser une épreuve du travail durer plus de douze heures. Avec Levy-Solal et Grasset qui en 1950 réclamaient que l'accoucheur ne laisse pas passer l'heure favorable de la césarienne, la 12ème heure, à cause des risques d'anoxie foetale qui croissent en fonction des heures, Chastrusse réclame le même délai de 12 heures de travail pour l'avenir

obstétrical de la mère qui doit être césarisée. Ce chiffre de 12 heures est obtenu en constatant que 66% des ruptures ont été découvertes chez des femmes dont la période de travail, avant césarienne, avait excédé ce laps de temps.

Nous aurions désiré vérifier le pourcentage que donne Chastrusse dans notre étude statistique, mais le manque de renseignements sur la césarienne antérieure à l'accouchement que nous étudions ne nous le permet pas.

LA NATURE DU MATERIEL DE SUTURE a également son importance. Il est en effet rapporté des cas où le fil de catgut employé pour la suture utérine a été éliminé par les voies naturelles dans les jours qui ont suivi l'intervention. L'emploi de matériel de suture non résorbable tel que le nylon semble diminuer ce risque.

Les travaux de W. Hesse, signalés ci-dessus, à propos de l'étude histo-pathologique de la cicatrice d'hystérotomie sont encore à souligner. Ils montrent que pendant les 4 premiers jours, la solidité de la cicatrice est nulle, et que sous forte dose d'oestrogène cette solidité est diminuée par rapport aux cicatrices des souris témoins. Or, ces premiers jours sont également ceux de l'involution utérine accompagnée de contractions qui tiraillent la suture. Les conditions sont alors propices à une désunion précoce, pour peu qu'en plus, le fil de suture commence à se résorber.

La nature du fil de suture a aussi son importance dans la péritonisation de l'utérus. Un fil trop gros favorisera la formation d'adhérences en jouant le rôle de corps étranger. Et nous avons vu l'action néfaste de ces adhérences dans la statique et dans la dynamique utérine pendant la gestation et pendant le travail.

Pour conclure : Pour qu'une cicatrice d'hystérotomie soit satisfaisante, elle doit être située sur le segment inférieur de préférence transversalement. Elle doit être mince, de longueur réduite et régulière en largeur et en épaisseur. Enfin, l'opération aura dû être pratiquée avant la 12ème heure de travail. Les suites opératoires doivent avoir été simples et apyrétiques.

DES RUPTURES SILENCIEUSES PENDANT LE TRAVAIL

Sur les sept ruptures utérines que nous avons relevées, une seule a été diagnostiquée grâce aux signes cliniques classiques réalisant l'extrême urgence chirurgicale : c'était une rupture de césarienne corporéale.

Six autres ruptures n'ont donné aucun signes cliniques précis en dehors d'une hypertonie utérine momentanée au cours du travail et une douleur au niveau de la cicatrice qui persistait entre les contractions. Une autre présentait comme seul signe un petit écoulement sanguin à la vulve, alors que la dilatation était à grande paume. Parmi ces six ruptures, trois se produisirent avant ou pendant le travail et ne furent découvertes qu'à la révision utérine faite systématiquement après délivrance naturelle et complète, 1 fois l'enfant est mort-né, 2 fois il était vivant. Les trois autres furent découvertes à la laparotomie lors d'une césarienne itérative. Sur ces trois dernières, l'une existait avant tout début de travail, une autre fut trouvée au début du travail, quant à la troisième le temps du travail écoulé n'est pas rapporté.

Du point de vue anatomique, nous reportant aux comptes-rendus opératoires nous constatons que quatre fois sur six la rupture n'est pas complète: la désunion reste sous-péritonéale ou cachée par une couche fibreuse d'adhérences unissant l'utérus à la paroi.

Que penser de ces ruptures latentes? Comment les dépister afin de ne pas laisser évoluer un travail dans de tels utérus? Il n'est pas original de poser ces questions et beaucoup d'auteurs ont tenter d'y répondre. Leur réalité n'est pas à discuter. Lacomme écrit : "Bien des ruptures qui avaient passé inaperçues au cours de l'accouchement - au point qu'on se demande parfois à quel moment elles ont pu se produire - sont ainsi décelées par l'exploration systématique de l'utérus.""

Doit-on, par prudence, césariser toute femme porteuse d'une cicatrice de césarienne? Certainement pas, puisque 98% environ des femmes césarisées pour une dystocie occasionnelle accouchent ultérieurement par voie basse. Mais en l'absence de critères valables et nettement definis le problème devient angoissant. Six fois au cours de la césarienne itérative le segment inférieur

fut trouvé excessivement mince et a conduit à la ligature-résection des trompes. En aucun cas ces six utérus n'auraient pu subir une épreuve du travail sans occasionner de graves dégats. C'est alors que l'accoucheur, pour poser l'indication opératoire doit apprécier des signes cliniques nuancés décrits par maints auteurs :

D'abord une douleur localisée au niveau de la cicatrice, continue, s'exacerbant pendant les contractions.

Un petit saignement insidieux de sang noirâtre qui peut apparaître à la vulve.

Un léger malaise de la femme qu'il ne faut pas confondre avec l'appréhension de la parturiente et sa pusillanimité. On peut noter une tendance lipothymique et une tension un peu basse.

Parfois une souffrance foetale brutale, non expliquée,signe l'état de désunion de la cicatrice. D'autres fois c'est un arrêt plus ou moins complet du travail.

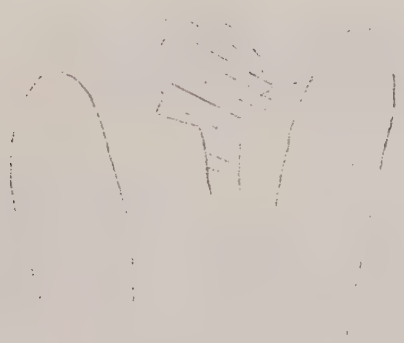
Ces signes, on le voit, sont bien maigres lorsqu'ils ne sont pas groupés, le meilleur étant la douleur. Est-ce à dire que les trois cas de rupture découverts après accouchement par voie basse et délivrance naturelle et complète furent le fait d'une surveillance superficielle? La réponse est NON. Les observations que nous rapportons en font foi et des faits identiques ont été souvent cités. Bourgoin, dans sa thèse, rapporte deux observations de la Maternité de l'hôpital d'Alger, où, après un accouchement eutocyque, la révision utérine de principe met en évidence une petite brèche de 1 à 3 cm. sur la cicatrice ; la rupture, vue à l'intervention, restant sous péritonéale.

Il est même plus que probable que de telles désunions de cicatrice pré-existent à l'accouchement. La découverte, lors d'une césarienne itérative avant tout début de travail, d'une désunion de ce type, en atteste la réalité.

Nous avons souvenance d'une aide opératoire que nous faisions pour une troisième césarienne itérative, avant tout début de travail, chez une femme porteuse d'un bassin généralement rétréci, où, à notre très grande surprise, nous vîmes, à la place du segment inférieur, la masse noirâtre de la tête foetale chevelue recouverte d'une mince pellicule translucide

Fig. I : Hystérographie de profil, sur un utérus antéversé non césarisé .

Fig. 2 : Hystérographie de profil, sur un utérus rétroversé non césarisé .



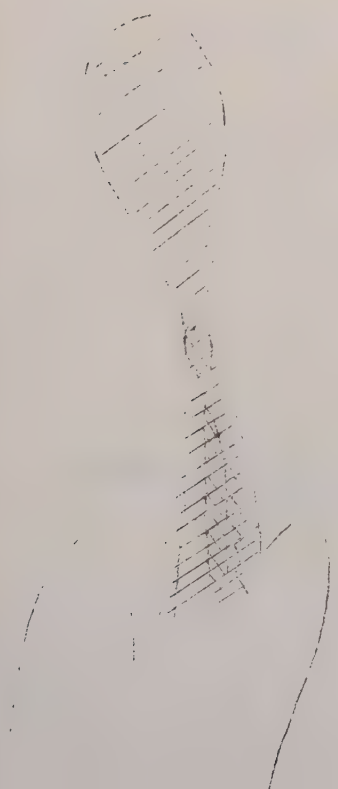


Fig. 3 : Image obtenue par la superposition de deux radiographies prises dans la même position L'une, avec la sonde juste au-dessus de l'orifice interne du col, l'autre, aprés injection du produit opaque

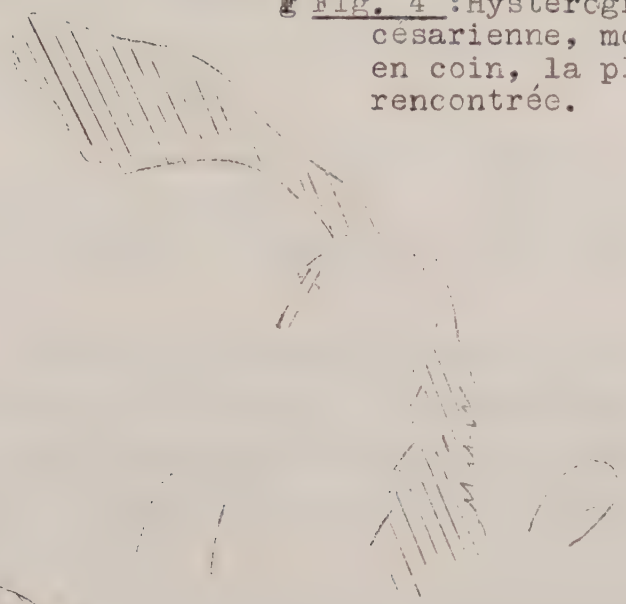


Fig. 4 :Hystérographie de profil aprés césarienne, montrant la déformation en coin, la plus communement rencontrée.

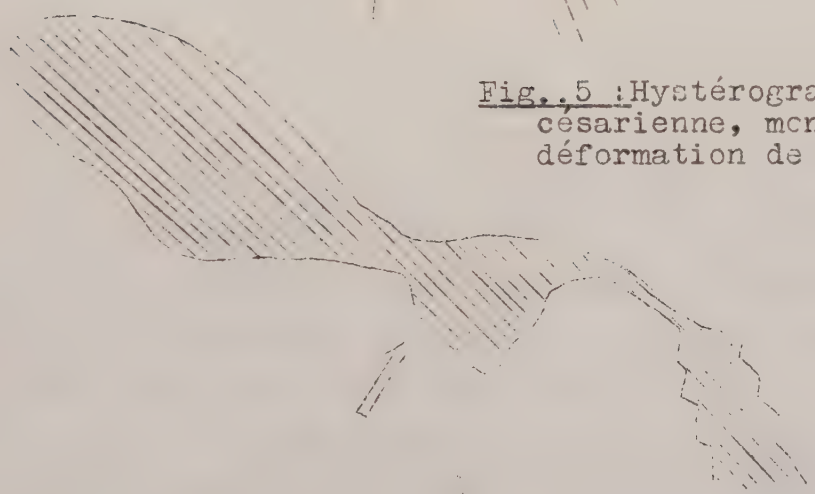


Fig. 5 :Hystérographie de profil aprés césarienne, montrant une grande déformation de la paroi antèrieure.

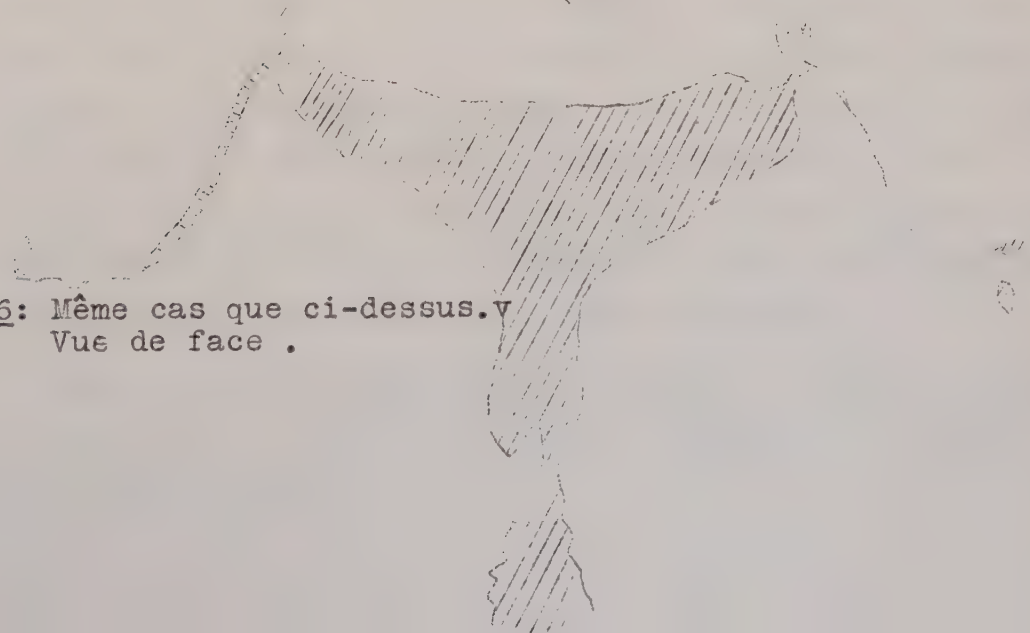


Fig. :6: Même cas que ci-dessus.
Vue de face .

représentant les membranes de l'oeuf et le péritoine vésico-utérin. Ceci répond bien aux pertes de substance décrites par Couvelaire que nous avons rapportées plus haut.

La plupart des auteurs ne donnent pas le nom de rupture utérine à ces cicatrices incomplètes et les noment "désunions","déhiscence" de la cicatrice ou "rupture silencieuse" (silent rupture des auteurs anglais).

Poidevin et Bockner démontrent même, à l'aide d'hystérographie que ces mauvaises cicatrices se désunissent avant la grossesse qui suit la césarienne. Leur étude radiographique porte sur 13 femmes ayant accouché normalement sans antécédents obstétricaux, ni gynécologiques et sur 43 femmes ayant été césarisées :

- 26 ont subi l'hystérographie après une césarienne
- 10 après plusieurs césariennes
- 5 après avoir accouché par voie basse après césarienne
- 2 ont subi l'hystérographie entre la césarienne et la nouvelle grossesse qui s'est terminée par un accouchement eutocyque.

L'intervalle de temps entre la césarienne et l'hystérographie a été d'au moins six mois. Les résultats sont illustrés de radiographies dont nous avons pris des calques. (Fig. 1 à 13).

Pour visualiser le rapport de la cicatrice et de l'orifice interne du col, les auteurs ont superposer deux images d'un même utérus prises sous le même angle, dont l'une est une hystérographie normalement pratiquée et dont la seconde est la radiographie du même utérus qui contient une sonde opaque que l'on a montée juste au dessus de l'orifice interne du col.

Après avoir montrer les images obtenues sur des utérus non cicatriciels (Figures 1, 2, 3); les auteurs donnent les différentes déformations que l'on trouve de façon constante sur tout utérus cicatriciel.

Figure 4, petite déformation en coin que l'on voit le plus souvent.

Figure 5, grande déformation appelée "sacculation" témoignant d'une cicatrice de médiocre qualité.

Fig. 7 Hystérographie de profil aprés 2 césariennes, montrant 2 déformations sacciformes de la face antèrieure .

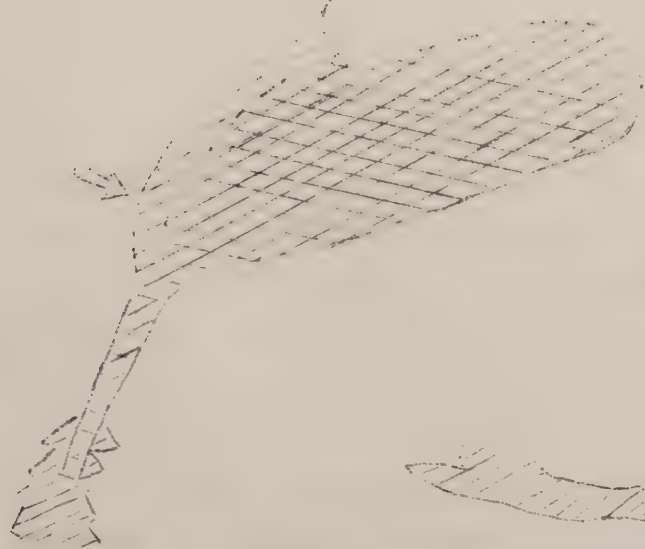


Fig. 8 Hystérographie de profil aprés césarienne corporéale : Grosse déformation de toute la face antèrieure du corps utérin .

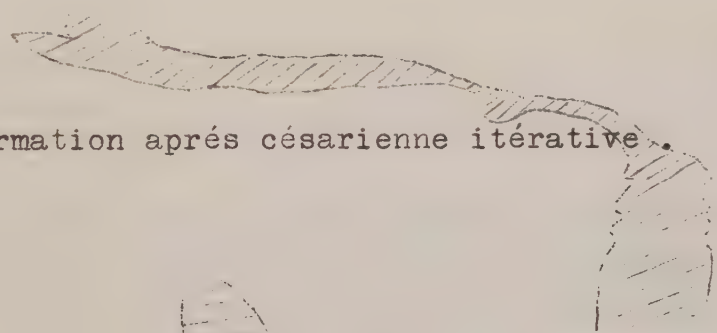


Fig. 9 Petite déformation aprés césarienne itérative .

Fig. IO Petite déformation sur l'hystérographie de profil, aprés césarienne .

Fig. II Même cas que celui de la figure IO avec la sonde en place montrant l'emplacement de l'orifice interne par rapport à la cicatrice .

Figure 7; double cicatrice consécutive à 2 césariennes.
Figure 8, la grande déformation de la face antérieure du corps utérin après césarienne corporéale.

Les figures 10 et 11 donnent les rapports anatomiques étroits entre la cicatrice de césarienne basse sur un utérus involué, et l'orifice interne du col utérin.

Cette étude hystérographique donne par conséquent une vue de la cicatrice sans qu'il soit nécessaire de recourir à la laparotomie et l'image radiologique donne une idée relative de la qualité de cette cicatrice. C'est là un nouvel élément de pronostic important. En effet, si sur un utérus involué, la cicatrice est lâche au point de montrer à la radiographie une déformation sacciforme, c'est qu'il y a des chances pour qu'existent ces pertes de substance, signalées sur des utérus gravides aux environs du terme, lors de césariennes itératives.

Nous avons donc toutes raisons de penser que les déhiscences de cicatrices peuvent préexister à la grossesse qui suit la césarienne.

En France, Lepage et ses collaborateurs ont pratiqué une étude hystérographique chez 22 femmes dont 13 avaient subi une césarienne, 8 en avaient subi plusieurs et une avait eu un accouchement normal après césarienne.

Leur technique diffère de celle des auteurs anglais par les points suivants :

- L'hystérographie est pratiquée non pas six mois, mais trois mois après la césarienne.
- Au cours de la suture de la brèche utérine, un fil métallique fin est placé au milieu de la cicatrice afin de visualiser celle-ci sur les clichés.

Comme les auteurs anglais, ils notent les mêmes déformations quasi constantes du contour de l'utérus avec des "sacculations" des encoches, des défilés tortueux ou une coudure juxta-cervicale.

Fig. I2 :Hystérographie de profil d'un utérus cicatriciel dont l'hystéroscopie a confirmé la nature cicatricielle de la déformation de l'image radiologique .

Fig. I3 :Pièce anatomique, coupe sagitale d'un utérus ayant été hystérotomisé. La flèche montre l'endroit ou la cicatrice est visible à l'exterieur et qui correspond à la déformation interne .

Une conséquence de cette situation très basse de la cicatrice est le type hystologique endocervical de la muqueuse au niveau de la cicatrice.

Les auteurs concluent en insistant sur l'importance de la technique opératoire et en souhaitant une généralisation de cet examen radiographique après césarienne qui donne une notion plus exacte de la qualité de la cicatrice et dont on peut tirer une conduite à tenir lors des accouchements ultérieurs.

Les ruptures silencieuses représentent actuellement le cas le plus fréquent de ruptures utérines après césarienne. Elles sont à distinguer des ruptures vraies car elles n'ont pas les mêmes signes cliniques, ni le même pronostic maternel et foetal que ces dernières. Il n'en reste pas moins vrai que leur dépistage reste très délicat malgré la venue de l'hystérographie post-operatoire.

C O N C L U S I O N

L'étude de l'accouchement par voie basse dans un utérus antérieurement césarisé a été faite par l'examen de 242 cas observés en série continue à la maternité Lariboisière pendant une période de 10 ans (1949 à 1959).

Cette étude nous a permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° - Augmentation du nombre des cas de dystocie dynamique (25% des cas). Parmi ces cas : 80% ont cédé au traitement médicamenteux
20% ont nécessité une césarienne

2° - Diminution du poids des enfants nés à terme chez des femmes antérieurement césarisées, diminution retrouvée dans 49% des cas.

3° - Fréquence des accouchements prématurés : 12%

4° - Dans les cas où il n'y a pas eu de dystocie dynamique, il n'a pas été constaté de modification de la durée des différents temps du travail.

5° - Augmentation du nombre de forceps dont un grand nombre faits systématiquement : (31 sur 44).

6° - La même remarque peut être faite au sujet des délivrances artificielles (51 systématiques sur 56) et des révisions utérines (44 systématiques sur 49).

7° - La fréquence des anomalies de la cicatrice montrées par la délivrance artificielle et la révision utérine est la suivante :

3 désunions de la cicatrice du segment inférieur,

8 cicatrices anormalement minces,

4 fois les membranes adhéraient à cette cicatrice.

8° - Les épreuves du travail ne sont pas à conseiller, en général dans les bassins limites. Cependant elles peuvent être pratiquées sans inconvénient si les conditions sont favorables (17 cas).

9° - Les perfusions d'ocytociques ne sont pas à employer sur des utérus cicatriciels, sauf cas exceptionnels (1 cas).

10° - Au point de vue des ruptures utérines, il y a lieu de différencier la rupture vraie et la désunion de la cicatrice.

Certaines désunions, du fait de l'aspect de la cicatrice, sont des désunions de la grossesse et non pas du travail ; au cours de 121 césariennes itératives, il fut trouvé 3 désunions de cicatrices avant ou au début du travail. Sur 242 accouchements il y eut :

2 ruptures complètes

2 déhiscences de cicatrice

en tout 1,92% de ruptures de tous les degrés.

11° - La mortalité maternelle a été nulle.

12° - La mortalité foetale s'est élevée à 6,20%

1,38% dû à des ruptures utérines complètes

1,38% dû à la prématurité

3,44% dû à des causes diverses.

13° - L'étude de la cicatrice, à la lumière des travaux récents, nous a montré que le principal problème, celui du pronostic de solidité de la cicatrice, est très difficile à résoudre avec cartitude. Différents facteurs, en rapport avec les antécédents obstétricaux, semblent conditionner ce pronostic et doivent être étudiés pour chaque cas. Ils sont les suivants :

- La topographie de l'incision (l'incision transversale paraissant la meilleure.
- La cause de la césarienne antérieure : dystocie dynamique ou fonctionnelle, cause hémorragique ou non, infectieuse ou non.
- La durée de l'épreuve du travail avant l'opération (les risques infectieux augmentent avec le temps).
- Les conditions de l'intervention (hémostase plus ou moins parfaite, suture et surjet d'enfouissement plus ou moins facilement réalisables).
- Les suites opératoires qui peuvent donner une idée de la façon dont s'est opérée la cicatrisation.
- Un accouchement antérieur par voie basse améliore le pronostic en évitant à l'utérus de trop gros efforts expulsifs, les parties molles étant assouplies par le premier accouchement.
- Comme il est difficile d'apprécier l'état de la cicatrice de par les antécédents, L'HYSTEROGRAPHIE, faite après césarienne (3 ou 4 mois après) donnera, en visualisant cette cicatrice, un élément de pronostic de très grande valeur. Il serait souhaitable de généraliser la pratique de cet examen qui, seul, permet d'apprécier la solidité de la cicatrice en montrant des déformations plus ou moins importantes des contours utérins.

Aprés avoir étudié ces différents facteurs de la solidité de la cicatrice, il n'est pas encore possible d'avoir une certitude que la cicatrice "tiendra", il reste toujours un risque à courir, si minime soit-il, lorsqu'on décide de laisser évoluer le travail dans un utérus cicatriciel.

En définitive, la césarienne basse ne contre-indique pas l'accouchement ultérieur par voie basse lorsque, par ailleurs, l'examen ne révèle rien d'anormal. Il reste néanmoins très souhaitable que le travail soit surveillé en milieu chirurgical afin de pouvoir intervenir rapidement si une dystocie, quelle qu'elle soit, apparaissait et permettait de faire craindre une rupture de cet utérus fragilisé.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS,

J. SARRAILH

Vu : LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS,

L. BINET.

Vu : LE PRESIDENT DE THESE

Professeur M. LACOMME.

B I B L I O G R A P H I E

BACK NAYDEN - 52 cas de ruptures utérines sur 7I.482 accouchements à l'hôpital de Chicago .

Am. Jour. Obst. Gyn.,I955 ,70 ,96I-975.

BAXTER james- Vaginal delivery after ceasarean section . Ruptures of the lower segment .

Jour. Obst. Gyn. Brit. Emp. 58 LXV N° I- 87 .

BOURGOIN P. - L'avenir obstétrical des utérus antèrieurement césarisés .

Thèse med. Paris I959 N° 998

CHASTRUSSE - Apropos des ruptures des cicatrices d'hystérotomie.

Rev. Fran. Gyn. Obst. 52-47 ;324-342.

CHIRIE - Accouchement par les voies naturelles aprés césarienne basse pour dystocie temporaire.

Thèse Med. Paris I946 N° 28 (dactilographiée).

CONTE R. -L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antèrieirement césarisées .

Thèse Med. Paris I940 N° 224

DUBRISAY L. et JEANNIN C. -Précis d'accouchement

IIème édition I946 Lamarre edit. I5I-I52 ;753-759

DURAND P. --Sur l'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antèrieurement césarisées .

Thèse Med. Lyon I937-38,N°I6

ERBSLOH -Anatomie, physiologie et pathologie de la cicatrice de la césarienne en considérant particulièrement le comportement fonctionnel de cette cicatrice au cours des grossesses et accouchements ultèrieurs.

Arch. F; Gyn. XI, 42, LCLXXIV ; 259-328

EPARVIER - Rupture partielle de la cicatrice utérine d'une césarienne basse au cours d'un accouchement ultèrieur.

Bull. Soc. Obst. Gyn. février I934 -N°2 - I55

HOUEL E. -Les cicatrices des segments supra-cervicaux de l'utérus .

Mat. V. 54.

Houel E. EZES H. BOURDON R. MESNARD F. - Ruptures utérines aprés césariennes segmentaires .

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Lang. Fr. 57- 9(3) 344-346

LACOMME M. - Pratique obstétricale .

Tome II; I093-I094

LEMERE L. TCHOBROUSTSKY C.(Melle)BIGEY L.- Ruptures utérines aprés hystérotomie .

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Août-octobre I958. IO N°4 388-393

LEPAGE F. NOEL B. LEMERE L. SCHRAMM B.
Etude hystérographique des cicatrices de césariennes segmentaires .

Gyn. Obst. Nov.-Dec. I959-58 N°5 , 506-5I7.

MERGER et TETRAULT - Rupture avant début de travail de l'utérus gravide antèrieurement césarisé .

Médecine AV. I932.

PEDOWITZ - The true incidence of silent rupture of ceasarean section scars, a prospective analysis of 403 cases

Amer. Jour. Obst. Gyn.57, 74, 5. I07I-8I.

POIDEVIN L.O.S. BOKNER V.Y.
An hystérographic study of uterine after caesarean section.

Jour. Obst. Gyn. Brit.Emp. 58 ,LXV N°2 278-283

PINEAU R. - Les ruptures utérines à la maternité Lariboisière dans les dix dernières années (Janv.I929 à Janv.I939)

Thèse Paris I939 N°532 .

RAVINA J. - Sur quelques points particuliers des ruptures utérines au cours du travail.

Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. 33ème Année N°2 I938.

RIVA H.L. BREEN J.L. - An analysis of IOO concecutive vaginal deliveries following ceasarean section.

Amer. Jour. Obst. Gyn. 76 ,I92 ,I958 .

SERMENT H. - De l'accouchement dans un utérus cicatriciel .

Mat. I, 58, I6-24 .

TRILLAT et MAGNIN - Etude statistique de 5I césariennes itératives .

Bull. Soc. Obst. Gyn. , Dec. I937 N°IO, 777 .

LABOUR A. (Melle) - Etude statistique sur 8I86 accouchements éffectués à la maternité clinique du C.H.R.N.

Thèse Med. Paris I957,N°52I .